

# + Cách viết giấy khai báo sức khỏe sơ bộ để tiêm phòng vắc xin ngừa virus Corona chủng mới

## 「Giấy khai báo sức khỏe sơ bộ」 là giấy ghi tình hình sức khỏe trước khi tiêm chủng

### 新型コロナウイルスワクチン接種の予診票（追加接種用）

※太枠内にご記入またはチェック☑を入れてください。

|  |   |                |  |   |    |            |     |   |   |
|--|---|----------------|--|---|----|------------|-----|---|---|
| 氏名   | 東京都 市 区 町 村   |                | 性別   | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 | 年齢 | 歳          | 体温  | 度 | 分 |
| フリガナ   |   |                | 電話番号   |   |    |            |     |   |   |
| 生年月日   | 年   | 月              | 日  | 生   | 時  | 分          |     |   |   |
| 接種日(1回目)   | 年   | 月              | 日  | 接種を受けたワクチン  |    |            |     |   |   |
| 接種を受けたワクチン   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 「新型コロナウイルスワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 現在、何らかの病気に罹り、治療(投薬など)を受けていますか。   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 病名： <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全<br><input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( ) |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 治療内容： <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( )   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。病名( )  |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。症状( )  |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。<br>薬・食品など原因になったもの( )   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。<br>種類( ) 症状( )  |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。  |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 2週間以内に予防接種を受けましたか。種類( ) 受け日( )   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 今日の予防接種について質問がありますか。   |   |                |  |   |    | はい         | いいえ |   |   |
| 医師記入欄  | 以上の問診及び診察の結果、今日の接種は( <input type="checkbox"/> 可照 - <input type="checkbox"/> 見合わせる )<br>本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種健康被害救済制度について、説明した。 |                |  |   |    | 医師署名又は記名押印 |     |   |   |
| 医療機関記入欄  | 0 時間外(受付時間) : ) 0 休日 0 小休(休業未満) 0 予約① 0 予約②<br><small>※接種する施設について、マークの付くものは必ずしも接種可能ではありません。</small>                             |                |  |   |    |            |     |   |   |
| <b>新型コロナウイルスワクチン接種者選考</b><br>医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します・ <input type="checkbox"/> 接種を希望しません )<br>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。<br>このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。                     |   |                |  |   |    |            |     |   |   |
| ワクチン名・ロット番号  | 接種量   | 実施場所・医師名・接種年月日 | 接種者又は保護者自署<br><small>(※自署できない場合は代理者が署名し、代理者氏名及び関係者との関係を記載し、接種者及び保護者の場合は捺印を要します。)</small> |   |    |            |     |   |   |
| シール貼付位置  | 実施場所  | 医師名            | 医療機関番号<br>接種年月日 (※記入例) 4月1日→04月01日   |   |    |            |     |   |   |
| ※枠に合わせて必ず「ズ」に貼り付けてください<br><small>(※)有効期限が切れている場合は</small>  |   |                | 202 年 月 日  |   |    |            |     |   |   |

Cách viết giấy khai báo sức khỏe sơ bộ ①

新型コロナウイルスワクチン接種の予診票 (追加接種用)

|   |   |           |                         |        |
|---|---|-----------|-------------------------|--------|
| 東京都府県   | 市区町村  | 種別        | 2 (口予診のみ)               | 3 項目   |
| 〒   |   | 健康保険      | 〇〇県〇〇市                  | 123456 |
| フリガナ  |   | 健康番号      | 1234567890              |        |
| 氏名  |   | 氏名        | ●●●●●●●●                |        |
| 生年月日  | 年 月 日   | 性別        | 男                       |        |
| 出生 (漢)  |   | 接種前の体温    |                         |        |
| 接種日 (1回目)   | 年 月 日   | 接種日 (2回目) | 年 月 日                   |        |
| 接種を受けたワクチン  |   |           |                         |        |
| 現時点で住居のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。   |   |           |                         |        |
| 【新型コロナウイルスの説明書】を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。  |   |           |                         |        |
| 現在、何らかの病気にかかって、治療 (投薬など) を受けていますか。  |   |           |                         |        |
| 病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全  |   |           |                         |        |
| <input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他 ( )   |   |           |                         |        |
| 治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )  |   |           |                         |        |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名 ( )   |   |           |                         |        |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状 ( )   |   |           |                         |        |
| けいれん (ひきつけ) を起こしたことがありますか。  |   |           |                         |        |
| 薬や食品などで、重いアレルギー反応 (アナフィラキシーなど) を起こしたことがありますか。 薬・食品など原因になったもの ( )  |   |           |                         |        |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。 種類 ( ) 症状 ( )  |   |           |                         |        |
| 現在妊娠している可能性 (生理が予定より遅れているなど) はありますか。 または、授乳中ですか。  |   |           |                         |        |
| 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類 ( ) 受けた日 ( )  |   |           |                         |        |
| 今日の予防接種について質問がありますか。  |   |           |                         |        |
| 医師記入欄   | 以上の問診及び検査の結果、今日の接種は ( <input type="checkbox"/> 可 観 - <input type="checkbox"/> 見合わせる ) |           | 医師署名又は記名押印              |        |
| 医師署名 記入欄  | 本人に対して、接種の効果、副反応及び予防接種後経過観察制度について、説明した。   |           |                         |        |
| <p>新型コロナウイルスワクチン接種希望書</p> <p>医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望します。( <input type="checkbox"/> 接種を希望します・<input type="checkbox"/> 接種を希望しません )</p> <p>この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。</p> <p>このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。</p> <p>年 月 日 接種種別又は 接種者自署</p> <p><small>(※自署で提出する場合は接種者自署を、代筆者氏名及び医師署名との欄を記載し、※接種種別が1名未満の場合は接種者自署、成年接種者の場合は本人又は成年被保助人署名)</small></p> |   |           |                         |        |
| 医師記入欄   | シール貼付位置   | 実施場所      | 医療機関等コード                |        |
| ※特に合わせて必ず必ずに貼付付けてください   |   | 医師名       | 接種年月日 (医師入力) 4月1日→4月31日 |        |
| (※)有効期限が切れていないの確認ください   |   |           | 202 年 月 日               |        |

Cần điền vào những chỗ trong khung gạch đậm này

Điền vào giấy khai báo sức khỏe sơ bộ và đem theo vào ngày tiêm phòng.

Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ②

※ **Địa chỉ** またはチェック☑を入れてください。

|              |                      |   |
|--------------|----------------------|---|
| 住民票記載されている住所 | 都道府県                 | 市区町村  |
| フリガナ氏名       | <b>Số điện thoại</b> |   |
| 生年月日(西暦)     | 年 月 日 生 (満 歳)        | <input type="checkbox"/> 男 · <input type="checkbox"/> 女 |

**Ngày tháng năm sinh**      **Tuổi**      **Nam Nữ**

|        |                     |                                  |   |             |
|--------|---------------------|----------------------------------|---|-------------|
| 券種     | 2                   | ( <input type="checkbox"/> 予診のみ) | 3 | 回目          |
| 請求先    | 〇〇県〇〇市              |                                  |   | 1 2 3 4 5 6 |
| 券番号    | 1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 |                                  |   | QRコード       |
| 氏名     | 厚生 ●●●●●●●●<br>太郎   |                                  |   |             |
| 2      |                     | <b>Nhiệt độ cơ thể</b>           |   |             |
| 診察前の体温 |                     | 度                                | 分 |             |

▼ Điền địa chỉ (Nơi bạn đang sống), họ tên (Họ tên của bạn), số điện thoại (số điện thoại của bạn), ngày tháng năm sinh (ngày tháng năm sinh của bạn), tuổi (tuổi của bạn), nam hoặc nữ.

▼ Nhiệt độ cơ thể sẽ được đo và điền vào tại nơi tiêm phòng.

Cách viết giấy khai báo sức khỏe sơ bộ ③

| 質問事項   | 回答欄                         |                              |
|--|-----------------------------|------------------------------|
| 新型コロナワクチンの接種を受けたことがありますか。<br>接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)<br>接種を受けたワクチン( )   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 現時点で住民票のある市町村と、接種券又は右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 「新型コロナワクチンの説明書」を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 現在、何らかの病気にかかって、治療(投薬など)を受けていますか。<br>病名: <input type="checkbox"/> 心臓病 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> 肝臓病 <input type="checkbox"/> 血液疾患 <input type="checkbox"/> 血が止まりにくい病気 <input type="checkbox"/> 免疫不全<br><input type="checkbox"/> 毛細血管漏出症候群 <input type="checkbox"/> その他( )<br>治療内容: <input type="checkbox"/> 血をサラサラにする薬( ) <input type="checkbox"/> その他( ) | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 薬や食品などで、重いアレルギー症状(アナフィラキシーなど)を起こしたことがありますか。<br>薬・食品など原因になったもの( )   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。<br>種類( ) 症状( )  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。  | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |
| 今日の予防接種について質問がありますか。   | <input type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ |

Điền tuần tự tình trạng cơ thể vào đây.

|  |   |
|--|---|
| <input checked="" type="checkbox"/> はい | <input type="checkbox"/> いいえ            |
| <input type="checkbox"/> はい            | <input checked="" type="checkbox"/> いいえ |

Tích 「レ」 chọn 「はい」 (có) hoặc 「いいえ」 (không).

Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ④


| 質問事項   | 回答欄   |
|--|---|
| 新型コロナウイルスワクチンの接種を受けたことがありますか。<br>接種日(1回目: 年 月 日、2回目: 年 月 日)<br>接種を受けたワクチン( ) | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |

▼ Nếu đã từng tiêm phòng vắc xin ngừa virus Corona chủng mới thì tích 「レ」 vào ô 「はい」.

Ghi tên vắc xin, ngày tiêm phòng lần thứ 1, lần thứ 2.

|   |   |
|---|---|
| 現時点で住民票のある市町村と、右上の請求先に記載されている市町村は同じですか。 | <input checked="" type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
|---|---|

▼ Nếu tên thành phố ghi trên phiếu tiêm phòng giống với địa chỉ nơi đang sinh sống thì tích 「レ」 vào ô 「はい」.

|     |                   |                                  |   |    |
|-----|-------------------|----------------------------------|---|----|
| 券種  | 2                 | ( <input type="checkbox"/> 予約のみ) | 3   | 回目 |
| 請求先 | 〇〇県〇〇市            |                                  | 123456  |    |
| 券番号 | 1234567890        |                                  |  |    |
| 氏名  | 厚生 ●●●●●●●●<br>太郎 |                                  |   |    |



Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ⑤

『新型コロナワクチンの説明書』を読んで、効果や副反応などについて理解しましたか。



はい



いいえ

▼ Đọc kỹ “Giấy hướng dẫn về tiêm phòng vắc xin ngừa virus Corona chủng mới”.

▼ Đọc xong và hiểu rõ những gì ghi trong giấy thì tích 「レ」 vào ô 「はい」.

Còn có giấy hướng dẫn khác dễ hiểu hơn,  
xem tại đây

<https://www.mhlw.go.jp/content/000782935.docx>

新型コロナワクチン予防接種についての説明書  
(追加 (3回目) 接種用)

ファイザー社  
ワクチン用  
(2021年12月)

新型コロナウイルスワクチン接種について

本ワクチンの接種は国と地方自治体による新型コロナウイルス (SARS-CoV-2) ワクチン接種事業の一環として行われます。本ワクチンの接種は公費対象となり、希望者は無料で接種可能です。なお、本ワクチンの追加 (3回目) 接種は 18 歳以上の方が対象です。

ワクチンの効果と投与方法

今回接種するワクチンはファイザー社製のワクチンです。新型コロナウイルス感染症の発症を予防します。本ワクチンの追加接種から 1 ヶ月後の中和抗体価は、2 回目の接種から 1 ヶ月後の中和抗体価よりも数倍高い値であることが報告されています。

|         |  |
|---------|--|
| 販売名     | コミナティ®筋注   |
| 効能・効果   | SARS-CoV-2 による感染症の予防                             |
| 接種回数・間隔 | 1 回 (2 回目の接種が完了してから原則 8 ヶ月以上経過した後) ※筋肉内に接種       |
| 接種対象    | 18 歳以上 (18 歳未満の人に対する追加接種の有効性・安全性はまだ明らかになっていません。) |
| 接種量     | 1 回 0.3 mL を 1 回                                 |



Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ⑥

現在、何らかの病気にかかって、治療（投薬など）を受けていますか。

病名：心臓病 腎臓病 肝臓病 血液疾患 血が止まりにくい病気 免疫不全  
毛細血管漏出症候群 その他（

治療内容：血をサラサラにする薬（  
）その他（

はい

いいえ

▼ Người hiện tại không đi viện hay không uống thuốc thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

▼ Người đang chữa bệnh hay đang uống thuốc thích tích 「レ」 vào ô 「はい」.

◆ Người tích 「レ」 vào ô 「はい」 thì

▼ cần phải tích 「レ」 vào các ô tên bệnh của mình. Nếu không biết tên bệnh là gì thì phải hỏi bác sĩ.

Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ⑦

最近1ヶ月以内に熱が出たり、病気にかかったりしましたか。 病名( )  はい  いいえ

- ▼ Trong vòng 30 ngày trước ngày tiêm phòng, nếu bị sốt hay bị bệnh thì người bị bệnh phải ghi tên bệnh của mình vào. Tích 「レ」 vào ô 「はい」.
- ▼ Người khỏe mạnh hoặc không bị sốt thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

今日、体に具合が悪いところがありますか。 症状( )  はい  いいえ

- ▼ Trong ngày tiêm phòng, nếu bị bệnh hoặc sốt ghi tình trạng cơ thể hôm đó ví dụ bị sốt. Tích 「レ」 vào ô 「はい」.
- ▼ Vào ngày tiêm phòng, nếu hoàn toàn khỏe mạnh, không sốt thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.



Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ⑧

けいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか。

はい

いいえ

▼ Người có tiền sử bị chứng co giật (cơ thể đột ngột run rẩy) thì tích 「レ」 vào ô 「はい」.

▼ Người không có tiền sử bị chứng co giật (cơ thể đột ngột run rẩy) thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。

種類( ) 症状( )

はい

いいえ

▼ Người có cơ địa dị ứng (cơ thể phản ứng xấu với thức ăn hoặc thuốc) thì điền tên cụ thể của thức ăn hoặc tên thuốc mà mình bị dị ứng.

Tích 「レ」 vào ô 「はい」.

▼ Người không bị dị ứng thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ⑨

これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことはありますか。

種類( ) 症状( )

はい

いいえ

▼ Người mà cơ thể đã từng có phản ứng xấu hoặc bất tỉnh sau khi tiêm chủng thì ghi rõ tên loại tiêm chủng và tình trạng cơ thể vào đây. Tích 「レ」 vào ô 「はい」.

▼ Người không có vấn đề gì thì Tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

現在妊娠している可能性(生理が予定より遅れているなど)はありますか。または、授乳中ですか。

はい

いいえ

▼ Phụ nữ đang có thai hoặc đang cho con bú thì tích 「レ」 vào ô 「はい」.

▼ Nếu không có thai hoặc cho con bú thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ⑩

2週間以内に予防接種を受けましたか。 種類( ) 受けた日( )  はい  いいえ

- ▼ Trong vòng 14 ngày kể từ ngày tiêm phòng, nếu đã từng tiêm chủng loại khác, thì ghi rõ tên loại tiêm chủng và ngày đã tiêm. Tích 「レ」 vào ô 「はい」.
- ▼ Nếu không tiêm chủng loại khác thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

今日の予防接種について質問がありますか。  はい  いいえ

- ▼ Nếu còn có câu hỏi nào khác về việc tiêm chủng vào ngày tiêm thì tích 「レ」 vào ô 「はい」.
- ▼ Nếu không còn câu hỏi nào khác thì tích 「レ」 vào ô 「いいえ」.

Cách viết giấy  
khai báo sức  
khỏe sơ bộ ⑪

|             |                                       |                             |                                   |                              |                              |
|-------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 医療機関<br>記入欄 | <input type="checkbox"/> 時間外(受付時間 : ) | <input type="checkbox"/> 休日 | <input type="checkbox"/> 小児(6歳未満) | <input type="checkbox"/> 予備① | <input type="checkbox"/> 予備② |
|-------------|---------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------|------------------------------|------------------------------|

※該当する項目について、マークの形からはみ出さないように濃く塗りつぶしてください。

### 新型コロナウイルスワクチン接種希望書

医師の診察・説明を受け、接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。 ( 接種を希望します ・  接種を希望しません)

この予診票は、接種の安全性の確保を目的としています。

このことを理解の上、本予診票が市町村、国民健康保険中央会及び国民健康保険団体連合会に提出されることに同意します。

|   |   |   |                 |
|---|---|---|-----------------|
| 年 | 月 | 日 | 被接種者又は<br>保護者自署 |
|---|---|---|-----------------|

(※自署できない場合は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との続柄を記載)  
(※被接種者が16歳未満の場合は保護者自署、成年被接種者の場合は本人又は成年後見人自署)

▼ Nếu đã hiểu rõ về việc tiêm phòng vắc xin ngừa virus Corona chủng mới vào ngày tiêm và những ảnh hưởng có thể xảy ra sau khi tiêm phòng và vẫn muốn tiêm thì tích 「レ」 vào ô 「 接種を希望します」 (Tôi muốn tiêm phòng).

▼ Ghi ngày tháng năm của ngày tiêm và họ tên.